



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Vildana Memic

POTILAIKEN KAATUMISTAPAHTU- MAT KUNTOUTUSOSASTOLLA

Sosiaali- ja terveysala

2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Vildana Memic
Opinnäytetyön nimi	Potilaiden kaatumistapahtumat kuntoutusosastolla
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	34
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia kaatumistapahtumia kuntoutusosastolla. Osastolla vaaratilanteiden raportointijärjestelmänä käytettiin HaiPro-ohjelmaa, jota käytetään myös muualla Suomessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli HaiPro-ilmoitusten perusteella kartoittaa yhtenäisiä tekijöitä ja syitä potilaiden kaatumisille. Työn tavoitteena oli tarjota osastolle ideoita ja keinoja kaatumistapaturmien ehkäisyyn. Tutkimusongelmia olivat: Kaatumisen syy, Missä osaston tilassa kaatumisia tapahtui ja Mihin aikaan vuorokaudesta.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään potilasturvallisuutta, kaatumistapaturmia ja HaiPro-järjestelmää. Työ toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Aineiston muodosti tilaajalta saatu valmis HaiPro-aineisto. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. HaiPro-ilmoituksia saatiin yhteensä 109 kappaletta.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kaatumisia tapahtuu siellä missä potilaat eniten aikaansa viettävät eli potilashuoneissa. Yleisimmin kaatuminen oli tapahtunut potilaan lähtiessä liikkeelle itsenäisesti. Yllättävänä huomiona aineistosta esiin nousi HaiPro-ilmoituksien puutteellinen täyttäminen. Raporttipohjassa on vakioidut kysymykset ja hoitohenkilökunta täyttää raportin vaaratilanteen sattuessa. Informaation määrä jäi oletettua vähäisemmäksi. Eniten kaatumisilmoituksia tehtiin tammi-maaliskuun aikana, jolloin ilmoituksia oli yhteensä 32 kappaletta.

Ennaltaehkäisyssä näkökulmasta huomiota kannattaa kiinnittää potilashuoneisiin, missä raportoituja kaatumisia oli eniten. Potilashuoneissa olisi tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että ne ovat turvallisia ja esteettömiä. Potilashuoneen tarkastelu toimintaympäristönä ja itse toimija eli potilas ovat avainasemassa, kun halutaan ehkäistä kaatumisia. Kaatumatapaturmien ehkäisy tuo hoitotyöhön laadukkuutta, turvallisuutta ja leikkaa hoitotyön taloudellisia menoja, mahdollistaa elämänlaatua ja estää inhimillisen kärsimyksen lisääntymistä sekä laskee pysyvän haitan tai kuoleisuuden riskiä.

ABSTRACT

Author	Vildana Memic
Title	Patient Falls in a Rehabilitation Ward
Year	2016
Language	Finnish
Pages	34
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The purpose of this bachelor's thesis was to identify reasons why patients fall, how nursing staff could prevent falls and if there is some reason in common for these falls in the rehabilitation ward. The research problems were: what is the reason for the patient fall, in which room the patient falls occur and what time of the day or night. HaiPro-programme is used in the ward for reporting these incidents

The theoretical framework includes patient safety, the fall accident and HaiPro-reporting system. The material was collected from HaiPro reporting system. The empirical part was carried out with HaiPro-reporting system, altogether 109 HaiPro reports were included in the research material. The HaiPro- notifications were analyzed with SPSS-software.

The results show that the fall downs happened in the rooms, where the patients spend most time i.e in their own room. The most in common reason for the fall, was that patient had started to walk without any assistance. The HaiPro-notifications were really faulty filled, so the exact time of fall was impossible to define. Most of HaiPro-notifications were done in between January and March, in this time of year there were 32 notifications. Because the HaiPro-notifications were insufficiently filled so that they cannot be used in this research.

From the prevention point of view, it is important to pay attention to the patient rooms. The patient rooms should be wheelchair accessible and safe. Preventing falls brings many benefits for nursing care, for example qualification, safety and it cuts the budget.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	POTILASTURVALLISUUS	8
	2.1 Potilasturvallisuuden edistäminen	9
3	KAATUMISTAPATURMAT.....	11
	3.1 Kaatumisien ennaltaehkäisy.....	12
	3.2 Kaatumisien syyt.....	14
	3.3 Hoitoympäristö	15
4	HAIPRO RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ	17
5	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	19
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
	6.1 Tutkimuksen kohderyhmä	21
	6.2 Aineiston analysointi	22
7	TULOKSET	23
	7.1 Kaatumisajankohta.....	23
	7.2 Kaatumispaikka.....	23
	7.3 Kaatumisaika.....	24
	7.4 Kaatumissyyt.....	25
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	26
	8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	26
	8.2 Johtopäätökset.....	28
	8.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	29
	8.4 Tutkimuksen eettisyys	29
	8.5 Jatkotutkimusideat	30
	LÄHTEET.....	31

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1. Kaatumisajankohta	22
TAULUKKO 2. Kaatumispaikka	23
TAULUKKO 3. Kaatumisaika	23
TAULUKKO 4. Kaatumisyyt	24

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö tehtiin tilauksesta eräälle Oulun kaupungin kuntoutusosastolle. Osastolle työn merkitys on suuri, koska kaatumisia tapahtuu siellä paljon. Osasto toivoo tämän opinnäytetyön avulla saavan paremman käsityksen kaatumistapaturmista ja keinoja niiden ehkäisyyn. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kaatumisien syitä ja ajankohtia sekä tulosten perusteella pyrkiä miettimään mahdollista ennaltaehkäisyä. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä hoitotyössä. Aihe on myös yhteiskunnallisesti merkittävä, koska kaatumisista aiheutuu todella paljon lisäkustannuksia hoitoyksiköille. Niillä on myös iso merkitys kaatumatapaturmaan joutuneelle potilaalle.

Potilaalle kaatumatapaturma aiheuttaa mahdollisesti kipua, lisäkustannuksia, pysyvää haittaa, toimintakyvyn alentumaa ja jopa joissain tilanteissa kuolleisuutta. Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy on taloudellisesti kannattavaa, lisäksi se tuo turvallisuutta ja laatua hoitotyöhön.

Vuonna 2000 kaatumistapaturmien kustannukset olivat 39 miljoonaa euroa, näistä suurin ryhmä olivat lonkkamurtumat. Naisten hoidon osuus oli suurempi kuin miesten. Yhden lonkkamurtumapotilaan hoito maksaa 19 150 euroa. Jos potilas ei kuntoudu, vaan toimintakyvyn alenemisen vuoksi joutuu laitoshoitoon, kustannukset nousevat 47 100 euroon. (Pajala 2012, 14.)

Tutkimusaineisto saatiin osastolta. Osastolla on käytössä HaiPro-raportointijärjestelmä osastolla sattuviin vaara- ja läheltä piti tilanteisiin kuten kaatumisiin. HaiPro on terveydenhuollossa käytettävä vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Se on tietotekninen työkalu terveydenhuollossa, joka on tarkoitettu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportoimiseen. HaiPro-raportointijärjestelmä on käytössä yli 200:ssa eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja sen kokonaiskäyttäjämäärä on 140 000. Raportointijärjestelmä on tehty helppokäyttöiseksi ja järjestelmälliseksi, joten sen avulla voidaan hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit. HaiPro-raportointijärjestely perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja

syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoitukseen ja niiden käsittelyyn. (Awanic Oy 2013.) Raportin yksilöidystä vaaratilanteista tekee hoitohenkilökunta. Raportin kysymykset ovat strukturoituja eli ne ovat ilmoituslomakepohjassa valmiina.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa olevia periaatteita ja toimintatapoja, joilla varmistetaan potilaan hyvä ja turvallinen hoito, sekä estetään potilasvahingot. Potilasturvallisuus on tärkeä osatekijä hyvän hoidon laadussa, ja se kuuluu koko potilasta hoitavalle organisaatiolle. (THL, 2009.)

Potilasturvallisuutta määrittelevät useat eri lait. Näitä ovat esimerkiksi terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992), sekä potilasvahinkolaki (585/1986) (Finlex,2016.)

”Terveydenhuollon lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä, sekä sosiaalista turvallisuutta: kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta” (L.30.12.2010/1326.)

Potilasturvallisuutta pidetään suhteellisen uutena osaamisalueena, vaikkakin potilasturvallisuus on aina ollut esillä potilastyössä. Potilasturvallisuus erillisenä käsitteenä alkoi yleistyä vasta 2000-luvulla. (Alahuhta &Voimanen 2015,332.)

Potilasturvallisuudesta on tehty paljon tutkimuksia. Tässä tutkimuksessa on keskitytty etenkin vaaratapahtumien raportointiin saatavaan tietoon potilasturvallisuuden kehittämistä. Tutkimuksessa on tutkittu eri organisaatioissa tapahtuvia vaaratapahtumia, niiden yleisiä tapahtumatyyppejä, taustatekijöitä, sekä vaaratapahtumien seurauksia ja vaikutuksia potilaalle ja yksikölle. Tutkimuksen tuloksissa korostuu potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet, joita ovat: liikkumisen rajoittaminen, perehdytys ja koulutus, työnjako ja yhteistyö, informointi ja dokumentointi sekä raportointi. (Kuisma 2010,29.)

Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen eri käsitteeseen. Näitä käsitteitä ovat: hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus. Potilasturvallisuutta vaarantava tilanne voi olla läheltä piti -tilanne tai haitta-

tapahtuma. Läheltä piti- tilanteessa vaarallinen tapahtuma on vielä estettävissä havaitsemalla siihen liittyvä turvallisuushäiriö, jolloin siitä ei koidu potilaalle haittaa. Vaaratapahtumassa eli häiritsevänä tapahtumassa on tapahtunut vaarallinen tapahtuma, joka on aiheuttanut potilaalle hoitoon kuulumatonta haittaa. (THL 2009.)

Potilas voi kokea turvallisuuden tunnetta yksilöllisesti ja siihen voi liittyä sekä sisäistä, että ulkoista tunnetta. Ulkoinen turvallisuus voi olla esimerkiksi ympäristön ja välineiden turvallisuutta, kun taas sisäinen turvallisuus on potilaan kokema turvallisuudentunne, johon hoitaja voi vaikuttaa omalta osaltaan paljon. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2008, 47.)

2.1 Potilasturvallisuuden edistäminen

Useiden tutkimusten mukaan potilasturvallisuuden kehittäminen on havaittu tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Potilasturvallisuuden kehittäminen kuuluu jokaiselle sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushanke 2009, 181.)

Tärkeintä potilasturvallisuuden edistämässä ja hoitovirheiden ehkäisemisessä on työpaikan avoin ja syyllistämätön ilmapiiri. Kaikkien tulisi olla tietoisia siitä, että havaitut potilasturvallisuuteen liittyvät virheet voi tuoda esille ilman kenenkään syytelyä tai kritiikkiä. Yleensä virheiden taustalta löytyy aina työyhteisöön liittyvä kehittämisen kohde, joka on ollut altistava tekijä virheelle. (Mustajoki 2005, 382–383)

Mustajoki (2005, 390) toteaa kappaleessaan, että paras keino virheistä oppimiseen on henkilökunnan yhteinen keskusteluhetki osastokokouksessa ilmi tulleista virheistä ja häiritsevistä tapahtumista. Palautteen ja keskustelun avulla opitaan tehdyistä virheistä ja näin muodostuu virheitä ennaltaehkäisevä ilmapiiri.

Sosiaali- ja terveysalalla johtajuuden keskeinen tavoite tulisi olla potilasturvallisuuden painottuvaa ja laadunhallitsemiseen liittyvää kehittämistä. Johdon antamalla

tuella on suuri merkitys työntekijöiden suhtautumiseen turvallisuuteen, mikä heijastuu merkittävästi potilastyöhön. Esimiehen tulisi sopia yhdessä työntekijöidensä kanssa potilasturvallisuuteen liittyvät riskien tunnistamis- ja hallintamenettelyt, sekä ottaa käyttöön virheistä oppimisen ja niiden korjaamisien käsittelytavat. (Koi-vunen 2009, 287.)

Johdon tehtäviin kuuluu taata, että työolosuhteet ovat semmoiset, missä hoito voidaan toteuttaa mahdollisimman turvallisesti. Tärkeä osa potilasturvallisuuden edistämistä on myös taloudellisten ja ympäristöjen tuomien riskien huomiointi. Kun saadaan vähennettyä potilaisiin kohdistuvia haittoja, saadaan aikaan myös merkittäviä säästöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushanke 2009, 182.)

3 KAATUMISTAPATURMAT

Tässä luvussa kerrotaan kaatumistapaturmista yleisesti, kaatumisien yleisimmät syyt, niiden ennaltaehkäisy ja hoitoympäristön vaikutuksesta kaatumisiin.

Kaatumiset ja niihin liittyvät tapaturmat lisääntyvät selkeästi iän myötä. Ne lisäävät yksittäisen ihmisen sairastavuutta, hoidon tarvetta ja kuolleisuutta. Pahimpia kaatumisen seurauksia ovat pään vammat ja lonkkamurtumat. (Jäntti 2008, 288.)

Saaren (2007,202) mukaan etenkin iäkkäiden kaatumiset ja niiden seuraukset ovat lisääntyvä kansanterveysongelma. Kaatumistapaturmien tuomat sairaalahoidon kustannukset ovat korkeat, joten kaatumisten lisääntyessä myös niistä johtuvat kulut kasvavat.

Vuonna 2000 kaatumistapaturmien kustannukset olivat 39 miljoonaa euroa, näistä suurin ryhmä olivat lonkkamurtumat. Naisten hoidon osuus oli suurempi kuin miesten. Yhden lonkkamurtumapotilaan hoito maksaa 19 150 euroa. Jos potilas ei kuntoudu, vaan toimintakyvyn alenemisen vuoksi joutuu laitoshoitoon, kustannukset nousevat 47 100 euroon. (Pajala 2012, 14.)

Joka vuosi suomessa tapahtuu noin 7000 lonkkamurtumaa. Näistä suurin osa johtuu kaatumisista (THL 2015). Yksi kaatumia lisäävä syy on vanhusten määrän kasvu. Kaatumiset ovat myös vakavampia ja niitä tapahtuu useammin kuin ennen. (Saari 2007, 203). Tutkimusten mukaan laitoksessa asuvat ikääntyneet kaatuvat useammin, kuin kotona asuvat saman ikäiset (Jäntti 2008,288).

Tutkimusten mukaan naiset kaatuilevat miehiä useammin. Kaatuminen on yleisin tapaturmaisesti kuolemaan johtanut syy. Yleensä iäkkäät ihmiset hoitavat kotona kaatumisista johtuvia vammojaan. Vanhukset hakeutuvat sairaalahoitoon, kun kaatuminen vaikuttaa selkeästi heidän toimintakykyyn ja arkiseen jaksamiseen. (Pajala 2012, 7–8.)

3.1 Kaatumisien ennaltaehkäisy

Kaatumisen ehkäisyä on tutkittu laajalti ja tutkimuksissa on tehty suosituksia kaatumisien ehkäisyyn. Suosituksissa korostuvat ympäristössä tehtävät muutokset, lääkityksen arviointi, turvallisten kenkien hankkiminen, sekä säännölliseen liikuntaan rohkaiseminen. Vaikka aiheetta on tutkittu ja siitä on tehty paljon suosituksia, edelleen kaatumiset ovat suuri ongelma sairaaloissa. (Joanna Briggs Institute 2010.)

Kaatumisen ehkäisyyn on olemassa erilaisia toimintasuunnitelmia, joiden tarkoituksena on joko lieventää tai poistaa kaatumisia aiheuttavia tekijöitä. Toimintasuunnitelmat jaetaan yleensä lääkitystä, kuntoutusta ja ympäristöä koskeviin suunnitelmiin. (Tideiksaar 2005,68.)

Yhtenä tärkeänä terveystaloudellisenä tavoitteena on ylläpitää aktiivista ja tervettä vanhenemista, sekä pitää yllä hyvää terveyttä ja toimintakykyä niin, että itsenäinen elämä voi jatkua mahdollisimman pitkään (EU 2006). Erityisesti potilasryhmien, jotka ovat kaatumisvaarassa, tulisi ylläpitää liikuntaharjoittelussa nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa. Liikunnan tulisi olla säännöllistä kestävyysliikuntaa, lihasvoima- ja tasapainoharjoittelua, sekä nivelten liikkuvuusharjoittelua. (Käypä hoito 2016.)

Liikunta on kaatumisen tärkein ehkäisevä tekijä ja siihen tulisi olla mahdollisuus sekä kotona, että sairaalassa. Liikunnan kuuluisi olla monipuolista ja siinä olisi hyvin tärkeää korostaa liike- ja tasapainoharjoituksia. Hyvä kestävyyskunto toimii ehkäisyä useampiin sairauksiin. (Pajala 2012, 19.)

Myös lyhytaikaisesta kuntouttavasta laitoshoidosta on todettu olevan hyötyä kaatumisten ehkäisyyn. Tuloksissa korostuu iäkkäiden tyytyväisyys lyhytaikaiseen kuntouttavaan laitoshoittoon. Kuntoutujat kokivat kuntoutuksen parantavan heidän toimintakykyään ja elämänlaatuaan. Positiiviset vaikutukset korostuivat selkeästi fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä. (Pihlaja 2014,2.)

Perusedellytys päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen on tarpeeksi riittävä lihasvoima ja hyvä pystyasennon hallinta. Lihasvoima on parhaimmillaan 20-30 ikävuoden välillä, ja se säilyy lähes ennallaan 50 ikävuoteen saakka, mikäli elintavat ja fyysinen aktiivisuus säilyvät ennallaan. Lihasvoima alkaa surkastua 65 ikävuodesta eteenpäin noin 1,5-2 % vuodessa. Sen heikkenemiseen vaikuttavat ravitsemus, liikumisen väheneminen ja hormonimuutokset. (Saari 2007, 205.)

Tasapainon hyvä hallinta on yksi tärkeimpiä liikuntakyvyn edellytyksiä. Heikentynyt tasapainon hallinta on todettu lisäävän kaatumisen riskiä. Hyviä keinoja tasapainon harjoitteluun ovat painonsiirto- ja kävelyharjoitteet, istumasta seisomaan nousu ja tanssiaskelten harjoittelu. Tasapainoa tulisi harjoitella ennaltaehkäisevästi, ennen kuin varsinaisia tasapaino-ongelmia ilmaantuu. (Rantanen 2008, 328–329.)

Kaatumisessa yksi tärkeimmistä ehkäisykeinoista on kaatumisten ehkäisyohjelman käyttöönotto osastolla ja siihen sisältyen kaatumisriskin arviointi. Potilaan ohjaus on myös erittäin tärkeää kaatumisten ennaltaehkäisyssä, siinä on tärkeää kartoittaa riskitekijät, ehkäisevät strategiat, tavoitteiden asettaminen ja yhteenveto näytöstä. Muita tärkeitä ehkäisytoimia ovat liikunta ja lonkkasuojainten käyttö. (Joanna Briggs Institute 2010.)

Eräässä japanilaisessa vanhainkodissa tutkittiin lonkkasuojien vaikutusta. Tutkimuksessa oli mukana 76 vanhainkotiä ja 673 kävelykykyistä iäkästä naista. Naiset jaettiin kahteen eri ryhmään: satunnaisryhmään ja kontrolliryhmään. Satunnaisryhmässä olevat käyttivät lonkkasuojaimia, kun taas kontrolliryhmässä olevat eivät niitä käyttäneet. Hoitomyönteisyys lonkkasuojaimia kohtaan oli melkein 80 %. Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että lonkkasuojainten todettiin ehkäisevän lonkkamurtumia etenkin niiden asukkaiden kohdalla, joilla oli jo aikaisempia kaatumisia. (Käypä hoito 2011.)

3.2 Kaatumisien syyt

Kaatumiseen ja sen riskiin vaikuttavat yleensä sekä sisäiset, että ulkoiset riskitekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat sairaudet ja liikuntakyky. Ulkoisia tekijöitä ovat yleensä ympäristötekijät. Yleisimpiä kaatumisien riskitekijöitä ovat korkea ikä, huono näkö ja kuulo, aiemmat kaatumiset ja heikentynyt fyysinen voima. (Hulkko ym.2006, 11.)

Yleisimpiä kaatumisien syitä ovat: huono näkö ja näihin liittyen eri silmäsairaudet (esimerkiksi kaihi ja keskinäköalueen rappeuma), alaraajojen liikkumisen heikentyminen (reuma, lihasheikkous ja erilaiset jalkojen sairaudet), kävely- ja tasapainohäiriöt (Parkinsonin tauti, aivohalvaus) sekä sydän- ja verisuonisairaudet (ortostaattinen hypotensio, sydämen rytmihäiriöt ja huimaus). (Tideiksaar 2005,47.)

Toisessa tutkimuksessa on tutkittu, kuinka paljon potilaiden diagnoosit vaikuttavat kaatumisen riskitekijöihin. Kohderyhmänä ovat olleet sairaalahoidossa olevat aikuiset potilaat. Potilaat on valittu vuodeosastoilta ja kirurgian vuodeosastoilta. Tutkimus on tehty yliopistossa, hoitotieteen laitoksella latinalaisessa Amerikassa. Tutkimuksessa todettiin, että potilaiden diagnoosien vaikutus kaatumisen riskitekijöihin oli vain 4 %. Kaatumisen riskitekijöitä olivat potilaan korkea ikä, miessukupuoli, pidentynyt sairaalassaoloaika ja potilaan vähäinen liikkuminen. (De Freitas Luzia, De fatima Lucena & Deo Goes Victor 2014,264.)

Muita kaatumiseen liittyviä vaaratekijöitä ovat yleensä asuin- ja lähiympäristöön liittyvät tekijät. Yleisin kaatumispaikka iäkkäällä ihmisellä on oma asunto. Muita kaatumisvaaraa lisääviä tekijöitä ovat huonot jalkineet, sääolosuhteet ja kiire. Parhaiten kaatumisia ehkäistään, kun tuetaan ikääntyneen toimintakykyä, sekä ympäristöä. (Saari 2007, 208–209.)

3.3 Hoitoympäristö

Hoitoympäristöllä on tärkeä merkitys kaatumisiin ja niiden ehkäisyyn. Ympäristön tulisi olla turvallinen ja esteetön. Hyvällä valaistuksella, selkeillä ja tilavilla tiloilla, sekä hyvillä materiaalivalinnoilla on suuri ja tärkeä merkitys. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 94–95.)

Hoitoympäristön merkityksestä on tehty tutkimuksia. Niissä korostui, että eri ympäristöillä on vaikutus ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseen. Merkityksellisimpiä näistä olivat fyysinen hoitoympäristö, jossa korostui viihtyisyys ja itsenäiseen toimintaan mahdollistava ympäristö, sosiaalinen hoitoympäristö, jossa korostui yhteisöllisyys ja yksilöllisyys, sekä symbolinen hoitoympäristö, jossa korostui kulttuurin huomiointi ja hoitajan oma tausta. (Karppinen 2015, 23–28.)

Sairaalaolosuhteissa iäkkäät potilaat kaatuvat yleensä potilashuoneessa, wc:ssä ja ruokailutiloissa, koska nämä ovat paikkoja, joissa he viettävät suuren osan omasta ajastaan. Kun potilas on lähtenyt omatoimisesti liikkeelle, kaatumisen syyksi osoittautuu monesti ympäristön suunnittelun epäkohdat. Näitä voivat olla esimerkiksi nousemisen liian matalalta tai korkealta vuoteelta ja sängyn reunojen yli putoaminen. Wc-tiloissa valaistus on yleensä liian heikkoa ja lattia voi olla märkä tai liukas. (Tideiksaar 2005, 42–43.)

Näön heikkeneminen lisää kaatumisriskiä. Tyypillisiä ikämuutoksia ovat esimerkiksi: näön tarkkuuden heikentyminen, näkökentän puutokset, silmän valonherkkyyden heikentyminen ja silmän mukautumiskyvyn selvä hidastuminen. Lisäksi ikäihmisten tyypilliset silmäsairaudet saattavat heikentää näköä. Näitä tyypillisiä silmäsairauksia ovat esimerkiksi: silmäpohjan rappeuma, harmaakaihi ja viherkaihi. (Terveysverkko 2014.)

Tärkeämpiä turvallisuuden ja ulkoisten vaaratekijöiden selvittämisessä sairaalaympäristössä ovat seuraavat asiat: arviointi tulisi tehdä moniammatillisena yhteistyönä, johon mukaan lukeutuvat lääkäri, fysio- ja toimintaterapeutti sekä hoitohenkilökunta. Arvioinnissa olisi tärkeä huomioida ne tilat, jossa potilas eniten liikkuu

päivän aikana. Potilaan päivittäisiin rutiineihin ja toimiin olisi hyvä tutustua. Myös päivittäiset toimet, kuten siirtymiset vuoteesta, tuolista ja pyörätuolista olisi hyvä arvioida havainnoiden. (Pajala 2012,52.)

Kaatumisien syitä sairaalaolosuhteissa on myös tutkittu. Tämä tutkimus on tehty kuntoutusosastolla tapahtuvista kaatumisissa. Tutkimus on tehty Yhdysvalloissa, Albanyn yliopistossa. Tutkimuksen tuloksissa korostuu selkeästi se, että alhaisella toimintakyvyllä on suuri yhteys kaatumisiin. Myös ne potilaat, jotka ovat sairaalassa infarktin, aivoinfarktin, tai neurologisien sairauksien esimerkiksi Parkinsonin taudin tai MS- taudin vuoksi, ovat selkeästi kaatumiseen alttiimpia kuin ne potilaat, jotka ovat sairaalassa ortopedisten tai keuhkosairauksien vuoksi. (Barber, Forrest, Huss, Jeffries, Kosier ,Myers &Patel2012, 56.)

4 HAIPRO-RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ

HaiPro on terveydenhuollossa käytettävä vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Se on tietotekninen työkalu terveydenhuollossa, joka on tarkoitettu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportoimiseen. HaiPro- raportointijärjestelmä on käytössä yli 200:ssa eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja sen kokonaiskäyttäjämäärä on 140 000. Raportointijärjestelmä on tehty helppokäyttöiseksi ja järjestelmälliseksi, joten sen avulla voidaan hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit. HaiPro- raportointimenettely perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoitukseen ja niiden käsittelyyn. (Awanic Oy 2013.)

Tarkoituksena olisi ilmoittaa kaikki virheet jotka aiheuttavat tai voisivat aiheuttaa potilaalle haittoja. Yleensä kuitenkin kaikkia haittatapahtumia ei ilmoiteta, vaan ilmoituksia tehdään lähinnä niistä, joissa voidaan todeta, että on tapahtunut jokin hoitoon liittyvä virhe tai erehdys. (Mustajoki 2005,385.)

”Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus vuodelta 2001 edellyttää, että hoitovahingon sattuessa tapahtumat kirjataan potilaskertomukseen” (Mustajoki 2009, 140). Hyvä kirjaus potilaan papereihin tapahtuneesta, ja mitä hoitotoimenpiteitä potilaalle tehtiin, tarvitaan potilaan jatkohoitoa ajatellen. Riittävän tarkka kirjaus on hyvä myös oikeusturvan kannalta, esimerkiksi haittatapahtumassa, joka johtaa kanteluun. (Mustajoki 2009,140.)

HaiPro- raportointimenettelyssä on eri vaaratapahtuma luokitteluja. Näitä ovat tapaturma, lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyvät vaaratapahtumat, väkivalta sekä aseptiikka. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 14–15.)

Kinnusen ym. (2009, 16) mukaan kaikki raportoidut vaaratapahtumat siirtyvät vaaratapahtumarekisteriin tai tietokantaan. Siellä niiden kertymistä seurataan säännöllisesti. Raportoivan yksikön olisi tärkeää osallistua henkilöstö, sekä tapahtumien

määrälliseen ja laadulliseen tarkasteluun. Analyysissa olisi hyvä käyttää tarkistuslistaa tai systemaattista menetelmää, jotta tiedetään mihin tekijöihin tulisi jatkossa kiinnittää tarkempaa huomioita.

HaiProta pidetään tehokkaana ja halpana laatutyön välineenä. Hoitotyöhön liittyvistä haattatapahtumista noin puolet olisi ehkäistävissä. Suomessa voitaisiin päästä jopa 250-500miljoonan euron säästöihin. (Suomen lääkäriliitto 2008.)

5 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tässä luvussa kerrotaan tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta, tavoitteesta ja tutkimusongelmista.

Potilasturvallisuus on tärkeä ja ajankohtainen aihe hoitotyössä. Potilaiden kaatumisia tapahtuu paljon ympäri vuorokautta hoitoa tarjoavissa laitoksissa, sekä myös kotona. Potilaiden kaatumisista on tehty jo aikaisemmin paljon tutkimuksia ja ne ovat olleet hyödyllisiä hoitotyössä, koska niiden avulla on pystytty kehittämään ennaltaehkäiseviä keinoja potilaiden kaatumisiin. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus keskittyä sairaalajakson aikana tapahtuviin kaatumisiin.

Aihe valittiin, koska tarkoituksena on tehdä tutkimus, joka olisi hoitotyön kannalta merkitsevä ja ajankohtainen tutkimus, jota voitaisiin hyödyntää myös potilastyössä erityisesti tällä tietyllä kuntoutusosastolla. Tässä tutkimuksessa oleellista on löytää kaatumisten syitä, mahdollisia yhteisiä tekijöitä kaatumiselle ja ennaltaehkäiseviä keinoja kaatumisiin.

Tutkimusaihetta koskevaan aikaisempaa tutkimusnäyttöä varten tehtiin tiedonhakuja, aiheeseen valikoitui viisi hoitotieteellistä tutkimusta. Kolme suomalaista tutkimusta Medic- tietokannasta, sekä kaksi ulkomaista tutkimusta Cinahl- tietokannasta. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin Käypä hoito- suosituksia, sekä hoitotyöntutkimussäätiön suosituksia.

Haipro- ilmoituksia tulkitaan hoitotyön näkökulmasta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli HaiPro- ilmoitusten perusteella selvittää, mitkä tekijät ovat johtaneet potilaiden kaatumisiin, tapahtuuko tiettyinä ajankohtana kaatumisia enemmän ja miten niitä voisi ehkäistä.

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää potilasturvallisuutta kuntoutusosastolla ja toimia hoitohenkilökunnan apuvälineenä kaatumisien ehkäisyyn.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

- Mikä on kaatumisen syy?
- Missä osaston tilassa kaatumisia tapahtuu eniten?
- Mihin vuorokauden aikaan kaatumisia tapahtuu eniten?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiiviseen lähestymistapaan liittyvää poikittaistutkimusasettelua, koska aihetta oli tarkoitus tutkia vain kerran viime vuoden osiolta (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56–57).

Kvantitatiivinen tutkimus tarkentuu esimerkiksi muuttujien mittaamiseen, tilastolisten menetelmien käyttöön, sekä muuttujien välisten samankaltaisuuden tarkasteluun. Muuttujat voidaan jakaa kahteen eri ryhmään; riippumattomiin eli selittäviin tai riippuviin eli selitettäviin. Riippumattomia muuttujia voivat olla esimerkiksi kaatumisaika tai kaatumisajankohta. Riippuvia muuttujia voivat olla esimerkiksi terveydenhuollon asiantuntijan näkemys siitä, kuinka kaatumistapaturma olisi voitu ehkäistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.)

Aihe rajattiin potilaiden kaatumisiin kuntoutusosastolla. HaiPro- ilmoituksia kaatumisista tehtiin vuonna 2015 yhteensä 179 tällä kuntoutusosastolla. Varsinaiseen tutkimukseen valittiin mukaan 109 HaiPro-ilmoitusta satunnaisotannalla. HaiPro-ilmoitukset valittiin niin, että vuoden ajalta tehdyistä ilmoituksista otettiin joka kuukauden loppupuolella tehdyt yhdeksän ilmoitusta.

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksessa ei ollut varsinaista kohderyhmää, sillä aineistoa ei kerätty potilailta. Aineisto muodostui osastolla tehdyistä HaiPro- ilmoituksista, ilmoitukset ovat vuodelta 2015 ja ne on käyty läpi koko vuoden ajalta. HaiPro- ilmoituksia saatiin tilaalta yhteensä 109 kappaletta ja tilaaja oli valikoinut ilmoitukset valmiiksi.

Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua sekundaariaineistoa, HaiPro ilmoituksia. Sekundaariaineistolla tarkoitetaan muiden keräämää tietoa, näitä voivat olla esimerkiksi potilasdokumentit, tilastot ja rekisterit. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113.)

6.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM statistics 23-ohjelmalla. Tutkimusaineisto syötettiin SPSS ohjelmaan. Sen avulla tutkimusaineistosta saatiin esille frekvenssit ja prosenttiosuudet jokaiselle muuttujalle. Frekvenssillä tarkoitetaan luokitteluja, joilla kuvataan tilastoyksiköiden lukumäärää. (ks. Kankkunen ym.2013, 132-133.) Ennen ohjelmaan syöttöä HaiPro ilmoitukset numeroitiin juoksevalla numeroinnilla. Tuloksista tehtiin taulukoita Microsoft Word 2016 -ohjelmalla.

7 TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään tutkimustuloksia. Haipro- ilmoituksia oli yhteensä 109 kappaletta. Kaikki näistä ilmoituksista olivat kaatumistapaturmailmoituksia. Tässä luvussa on analysoitu tutkimuksen tuloksia. Tutkimustuloksiin on liitetty taulukoita tulosten havainnollistamiseksi.

7.1 Kaatumisajankohta

Suurin osa kaatumisista tapahtui tammi-maaliskuun aikana, jolloin kaatumisilmoituksista tehtiin 29 % (n=32) (Taulukko 1). Toiseksi eniten kaatumisia oli huhti-toukokuun aikana, jolloin ilmoituksia tehtiin 26 % (n=28). 25 % (n=27) ilmoituksista tehtiin loka-joulukuussa. Vähiten ilmoituksia tehtiin heinä-syyskuun aikana. Tällöin ilmoituksia tehtiin 20 % (n=22).

Taulukko 1. Kaatumisajankohta

Kaatumisajankohta	Lukumäärä (n)	Prosentti(%)
tammi-maaliskuu	32	29
huhti-kesäkuu	28	26
heinä-syyskuu	22	20
loka-joulukuu	27	25
Yhteensä	109	100,0

7.2 Kaatumispaikka

Ilmoituksista 56 %:ssa (n=61) potilaan kaatumispaikaksi ilmoitettiin potilashuone (Taulukko 2). Toiseksi eniten kaatumisia eli 29 % (n=32) ilmoitettiin tapahtuneen

wc-tiloissa. Kaatumisista 7 % (n=8) tapahtui päiväsalissa ja 3 % (n=4) takka-au-
lassa. Vähiten kaatumisia tapahtui muualla ja ei tiedossa olevassa paikassa. Molem-
missa paikoissa tapahtui 1 % (n=2) kaatumisista.

Taulukko 2.Kaatumispaikka

Kaatumispaikka	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
wc	32	29
oma huone	61	56
päiväsali	8	7
takka-aula	4	4
Ei tiedossa	2	2
Muu	2	2
Yhteensä	109	100,0

7.3 Kaatumisaika

Tuloksissa tuli esille, että HaiPro-lomakkeet olivat puutteellisesti täytettyjä, esimer-
kiksi kellonaika puuttui suuresta osasta ilmoituksista. 53 % (n=58) eli eniten kaa-
tumisia tapahtui ei tiedossa olevana ajankohtana. (Taulukko 3). 16 % (n=17) kaa-
tumisista tapahtui päivällä. Vähiten kaatumisia tapahtui aamulla 9 % (n=10) ja yöllä
9 % (n=10). 13 % (n=14) kaatumisista tapahtui illalla.

Taulukko 3. Kaatumisaika

Kaatumisaika	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Aamu	10	9
Päivä	17	16
ilta	14	13
Yö	10	9
Ei tiedossa	58	53
Yhteensä	109	100

7.4 Kaatumisyyt

25 % (n=27) kaatumisista tapahtui, kun potilas oli lähtenyt itsenäisesti liikkeelle. (Taulukko 3). Kaatumisista 24 % (n=26) johtui muista tekijöistä. Kaatumisia aiheutti myös oiretiedostamattomuus 13 % (n=14), apuvälineiden puute 10 % (n=11), potilaan rajoittaminen 9 % (n=10), muistamattomuus 6 % (n=7). Kaatumisista 5 % (n=6) tapahtui ei tiedossa olevista syistä. 5 % (n=5) kaatumisista tapahtui henkilökunnan puutteen vuoksi. 3 % (n=3) kaatumisista tapahtui heikon valaistuksen vuoksi.

Taulukko 4. Kaatumisyyt

Kaatumisyyt	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
potilas lähtenyt itsenäisesti liikkeelle	27	25
Potilaan rajoittaminen	10	9
Apuvälineiden puute	11	10
henkilökunnan puute	5	5
Oiretiedostamattomuus	14	13
Muistamattomuus	7	6
Heikko valaistus	3	3
muut tekijät	26	24
Ei tiedossa	6	5
Yhteensä	109	100

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tuloksista tehtyjä johtopäätöksiä, tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

HaiPro- ilmoitukset olivat suurimmaksi osaksi puutteellisesti täytettyjä. Kaatumisen kellonaika puuttui todella isosta määrästä ilmoituksista, sekä tieto siitä miten kaatumisia olisi voitu ehkäistä tilanteessa. Tuloksissa korostui selkeästi ei tiedossa oleva aika, mikä oli vähän yli puolet tutkimuksen tuloksista. Vähiten kaatumisia tapahtui aamulla ja yöllä, joskin puuttuneiden kellonaikojen vuoksi ei voida olla varmoja, onko tämä tulos täysin luotettava.

Vaaratapahtumien raportointi on tärkeää potilasturvallisuuden kehittämisessä ja ylläpidossa. Pelkästään vaaratapahtumasta raportointi ei kehitä potilasturvallisuutta, vaan on tärkeää luoda palautejärjestelmä, jossa ilmoituksista saatua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 257.) Näissä tutkimuksen tuloksissa korostuu se, että HaiPro- ilmoituksia ei ole tehty potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta, vaan lähinnä siksi, että ne kuuluvat hoitohenkilökunnan tehtäviin, jotta kaatumisesta löytyy tarvittaessa jokin dokumentti. Tuloksissa korostuu jatkuvasti se, että ilmoitukset on tehty puutteellisesti, tilanteen kuvaus ja ehkäisytavat ovat suppeasti esillä. Puutteellisista HaiPro ilmoituksista huolimatta ilmoituksia voidaan mahdollisesti tarvittaessa hyödyntää dokumenttina potilaan ja hoitajan oikeusturvan takaamiseksi.

Eniten kaatumisia tapahtui selkeästi potilashuoneissa, ja toiseksi eniten wc:ssä. Vähiten kaatumisia tapahtui osaston takka-aulassa ja päiväsalissa. Voidaanko tästä päätellä, että kaatumisia on näissä tiloissa vähemmän, koska kyseessä on avara tila, jossa on vähemmän esteitä. Sairaalaympäristössä kaatumisia tapahtuu eniten siellä missä potilaat viettävät eniten ajastaan eli esimerkiksi potilashuoneissa ja wc:ssä (Tideiksaar 2005 ,42.)

Tuloksissa kaatumisen syy painottui selkeästi siihen, että potilas oli lähtenyt itsenäisesti liikkeelle. Myös oiretiedostamattomuus oli yleinen kaatumisen syy.

(Tideiksaar 2005,43) mukaan potilaan omatoimisesti liikkeelle lähdön kaatumisen syyksi osoittautuvat monesti ympäristön suunnittelulliset epäkohdat esim. matala tai liian korkea vuode, kompastuminen mataliin esineeseen esim. mattoon tai liukastuminen märällä tai liukkaalla matolla.

Joissakin HaiPro- ilmoituksissa oli laitettu kaatumisen syyksi tilan ahtaus tai lattian liukkaus. Nämä luokiteltiin tässä tutkimuksessa muihin tekijöihin. Voidaanko tästä siis päätellä, että huoneita ei ole mitoitettu tämän hetkiseen potilas- ja apuvälinemäärään. Onko wc:n lattia oikeanlaista materiaalia ja onko potilaalla ollut jalkaansa turvalliset ja asiaankuuluvat jalkineet.

Osastolla tapahtuneita kaatumisia tapahtui eniten tammi-maaliskuun aikana. Vähiten kaatumisia oli touko- heinäkuun aikana.

Oli yllättävää huomata, kuinka usein kaatumistapaturmien tapahtumapaikkana oli potilashuone. Paikka, jossa potilas viettää hoitojakson aikana merkittävän paljon aikaa. Osaston tarkastelun ja kehittämisen lähtökohtina voisivat olla: potilashuone toimintaympäristönä, liikkumisen turvaavat apuvälineet ja niiden oikea käyttö, potilaan toimintakyvyn arviointi, turvallisuutta lisäävien apuvälineiden tarpeen arviointi ja käyttö sekä osastolla vallitsevien toimintamallien tarkastelu. Kuntoutusosastolla potilaana ollessa on aiheellista olettaa, että potilaan toimintakyky on alentunut ja usein käytössä on liikkumista tukevia apuvälineitä.

Jatkossa kannattaa miettiä onko potilashuoneessa riittävästi tilaa apuvälineellä liikkua potilaalle, onko apuvälineestä saatava tuki riittävä sekä kuinka hyvin potilas itse osaa apuvälinettä hyödyntää. Hyödyllistä olisi myös arvioida kuinka selkeää ja helppoa hoitaja-avun kutsuminen on. Hoitotyössä ja toimintamalleissa kannattaisi tarkistaa millainen on hoitoyksikössä vallitseva käytäntö huoneiden tarkistamisesta ja potilaan voinnin tarkkailusta.

Aineiston pohjalta suurin riskitekijä kaatumiselle oli potilaan liikkuminen ilman hoitajaa eli liikkuminen yksin. Sen lisäksi, että potilashuoneen toiminnallisuus ja turvallisuus tulisi arvioida, kannattaisi huomio keskittää apuvälineellä liikkuvaan potilaaseen. Millä tavoin potilaan tuen tarve ja toimintakyky arvioidaan, miten riittävän tuen antava apuväline valitaan potilaalle, millainen vallitseva ohjauskäytäntö osastolla on apuvälineiden käytöstä potilaalle sekä miten varmistetaan, että potilas hallitsee apuvälineen tarkoituksenmukaisen käytön. Kuntoutusosastolla on varmasti tarvetta arvioida toimintakyvyn alentumisesta johtuvien riskien tunnistamiseen.

Osaston HaiPro ilmoitusten perusteella kaatumariskin arvioinnille on tarvetta. Jos osastolla arvioidaan potilaan kaatumisriskiä, olisi sen pohjalta helppoa lähteä kehittämään arviointimallia turvallisuutta lisäävien apuvälineiden käyttöön ja valintaan. Tällaisia apuvälineitä ovat erilaiset pään suojat sekä lonkkahousut. Myös tukevilla ja hyvillä kengillä voidaan lisätä liikkumisen turvallisuutta.

8.2 Johtopäätökset

Aineistoanalyysin pohjalta merkittävimmiksi johtopäätöksiksi nousivat:

1. Kaatumiset tapahtuivat useimmiten potilashuoneissa.
2. Kaatumisia tapahtui eniten tilanteessa, jossa potilas on lähtenyt itsenäisesti liikkeelle.
3. HaiPro ilmoitukset olivat puutteellisia: niillä ei voida parantaa kyseisen osaston potilasturvallisuutta eikä ehkäistä kaatumisia.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta on tärkeä tarkastella tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin kannalta. Validiteetti tarkoittaa sitä, että onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saatuja tuloksia voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetissa tarkastellaan tulosten pysyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.)

Tässä on tutkittu sitä, mitä alun perin oli tarkoitus, eli kaatumisien syitä, ajankohtaa ja ehkäisyä. Tuloksiin vaikutti selkeästi se, kuinka puutteellisesti täytettyjä HaiPro ilmoitukset olivat.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää teoreettisen viitekehyksen laaja materiaali. Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käytettiin JBI-suosituksia, Käypä hoito suosituksia, sekä aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Tulokset esitettiin tutkimuksessa totuuden mukaisesti. Opinnäytetyön tekijä tarkisti vielä uudestaan luvut SPSS-ohjelman syöttämisen jälkeen.

Tutkimustuloksia ei voi yleistää. Tutkimuksessa tutkittiin vain yhden kuntoutusosaston kaatumisia, joten tutkimuksen tulokset koskettavat vain tätä kuntoutusosastoa, eivätkä esimerkiksi koko alueen sairaanhoitopiiriä.

8.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on saanut tutkimuslupan Oulun Kaupungilta. Anonymiteetti on tässä tutkimuksessa myös organisaatiotasolla, organisaatio ei ole antanut virallista lupaa yksikön tarkkaan kuvailuun tai sen nimen käyttöön. (ks. Kankkunen Ym. ,2013 221.)

Valmiiksi täytetyt HaiPro ilmoituksien vastaukset tuhottiin polttamalla heti SPSS ohjelmaan syöttämisen jälkeen. Tutkimustiedot on pidetty salassa, eikä niitä ole luovutettu ulkopuolisille (ks. Kankkunen Ym. ,2013 221).

8.5 Jatkotutkimusideat

Henkilökunnalle voisi järjestää HaiPro-koulutuspäivän. Koulutuksen jälkeen voitaisiin seurata HaiPro-ilmoitusten tekoa kaatumisista, ja tutkia vaikuttiko koulutus ilmoitusten tekoon positiivisesti.

Osastolla voitaisiin järjestää viikkopalaveri, jossa käsiteltäisiin aina uudet haipro-ilmoitukset. Palaverissa voitaisiin yhdessä miettiä kehittämiskeinoja, miten kyseisiä vaaratapahtumailmoituksia voitaisiin jatkossa estää. Palaverissa tulisi olla avoin ja syyllistämätön ilmapiiri.

LÄHTEET

Anttila, K., Kaila- Mattila, T., Kan,S., Puska, E. & Vihunen, R.,2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki. Wsoy.

Alahuhta, S., Volmanen, P. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa. Finnanest.48, 4. 332.

Barber, B., Forrest, G., Huss, S., Jeffries, J., Myers., Patel,V.& Koshier,M., 2012. Falls on an inpatient rehabilitation unit: risk assessment and prevention. Rehabilitation Nursing. Albany medical college.

De Freitas Luzia, M., De Fatima Lucena, A.& De Goes Victor, M., 2014.Nursing diagnosis risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. Universidade Feneral do rio grande do sul, porto alegre, RS, Brazil.

Joanna Briggs Institute. 2010. Interventiot iäkkäiden aikuispotilaiden kaatumista-
pahtumien vähentämiseksi. Best Practice 14(15). Käännös Suomen JBI yhteistyö-
keskus: Korhonen Teija, Holopainen Arja, Pajala Satu. Saatavilla: [http://www.ho-
tus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-15_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-15_0.pdf) (21.9.2016).

Jäntti, P. 2008. Kaatumiset ja niiden ehkäisy. Teoksessa Geriatria arvioinnista kun-
toutukseen,288. Toim. Hartikainen, S.& Lönnroos, E. Helsinki. Edita prima.

Karppinen, T. 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoi-
tajien näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Kinnunen, M., Aaltonen, L-M.& Malmström, M. 2013.Vaaratapahtumien rapor-
tointi. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet. Toim. Aaltonen, L-M.& Rosen-
berg, P. Tampere. Tammerprint Oy.

Kinnunen, M., Aaltonen, L-M.& Malmström, M. 2013.Vaaratapahtumien rapor-
tointi. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet. Toim. Aaltonen, L-M.& Rosen-
berg, P. Tampere. Tammerprint Oy.

Koivunen, E. 2008. Potilasturvallisuus ikääntyneiden hoitotyössä. Teoksessa Ge-
rontologinen hoitotyö, 287. Toim. Tiikkanen, P. &Voutilainen, P., Helsinki. Wsoy.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K.& Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien
raportointimenettely. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.
Viitattu 23.8.2016 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-
4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1)

Kuisma, P. 2010. Terveidenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto
osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos.
Tampereen yliopisto.

Käypä hoito 2016. Ikääntyneiden liikuntasuositukset. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja käypä hoito- johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 22.9.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075>

L 17.8.1992/785.Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Alkuperäinen säädös. Viitattu 10.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

L 25.07.1986/585. Potilasvahinkolaki. Alkuperäinen säädös. Viitattu 22.9.2016.<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860585>

Mustajoki,P.,Nio, A.& Palonen,P., 2005. Potilas-ja lääkevahingot. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino oy.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere. Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino Oy.

Pihlaja,S. 2014.Iäkkään kokemus kuntouttavasta lyhytaikaishoidosta ja sen merkityksestä toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos.

Potilasturvallisuuden työkalut, työvaliokunta.2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. 181-182. Teoksessa potilasturvallisuus ensin. Toim. Kinnunen, M.& Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Iäkkäiden tapaturmat 2015. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen verkkosivut. Viitattu 18.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>

Vaaratapahtumien raportointimenettely opas,2009. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen verkkosivut. Viitattu 15.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Saari, P. 2007. Kaatumiset ja kaatumistapaturmat. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, 202-203, 205. Toim. Lyyra,T-M., Pikkarainen, A. &Tiikkainen, P. Tampere. Tammer-paino oy.

Terveidenhuollon vaaratapahtuman raportointijärjestelmä, 2013. Viitattu 9.5.2016. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset opas hoidosta vastaaville. Helsinki

Terveysverkko, 2014. Kaatumistapaturmien ehkäisy. Viitattu 21.8.2016. <http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/kaatumistapaturmien-ehkaisy>

